

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

559

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Le Docteur PAUL LAURIAN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

(Né le 3 août 1909, à Paris.)

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES OSTÉOMES

DU PLANCHER BUCCAL

ET DES MUSCLES MASTICATEURS

Président : M. LENGORMANT, Professeur.

PARIS

IMPRESSIONS PIERRE ANDRÉ

244, BOULEVARD RASPAIL

1934

Q36

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES OSTÉOMES
DU PLANCHER BUCCAL
ET DES MUSCLES MASTICATEURS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550428_0055

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Le Docteur PAUL LAURIAN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

(Né le 3 août 1909, à Paris.)

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES OSTÉOMES
DU PLANCHER BUCCAL
ET DES MUSCLES MASTICATEURS

Président : M. LENORMANT, Professeur.

PARIS
IMPRESSIONS PIERRE ANDRÉ

244, BOULEVARD RASPAIL

1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	L. BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Laignel-Lavastine.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	{ ACHARD.
	{ BEZANÇON.
	{ CARNOT.
	{ M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	{ CUNEO.
	{ GOSSET.
	{ GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	{ LENORMANT.
Clinique urologique	{ TERRIEN.
	{ MARION.
Clinique d'accouchements	{ BRINDEAU.
	{ COUVELAIRE.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	P. DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	{ HOVELACQUE
	{ MULON.
	{ OLIVIER.
	{ VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE. . .	Neurologie et psychiatrie.	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BÉNARD (Henri) .	Pathologie médicale.	Mlle J. LÉVY . . .	Pharmacologie.
BERNARD (Et.) . .	Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI . .	Neurologie et Psychiatrie.
BOULIN	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
BROCQ.	Pathologie chirurgicale.	MOULONGUET . .	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD.	Histologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
CATHALA.	Pathologie médicale.	OBERLING	Anatomie pathologique.
CHABROL	Pathologie médicale.	PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
CHEVALLIER . . .	Pathologie médicale.	PIÉDELIÈVRE . .	Médecine légale.
DOGNON	Physique.	PORTES	Obstétrique.
DONZELOT.	Pathologie médicale.	QUENU.	Pathologie chirurgicale.
FEY	Urologie.	RICHET	Physiologie.
GALLIARD.	Parasitologie.	SANNIÉ	Chimie biologique.
GASTINEL	Bactériologie.	SENÈQUE	Pathologie chirurgicale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.	SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.	TROISIÈRE	Pathologie expérimentale.
GAYET.	Physiologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.	VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	VELTER	Ophtalmologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngolog.	VIGNES	Obstétrique.
HAZARD	Pharmacologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
HUGUENIN.	Anatomie patholog.		
JOANNON	Hygiène.		
LABBÉ (Henri) . .	Chimie biologique.		
LACOMME	Obstétrique.		
LANTUEJOL	Obstétrique.		
LAROCHE (Guy) . .	Pathologie médicale.		
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

Pour le service des examens.

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LEROUX.	Anatomie pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	LÉVY-SOLAL . . .	Clinique obstétricale.
CHIRAY	Clinique médicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
DUVOIR	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
GUENIOT	Clinique obstétricale.	HEITZ-BOYER . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
		SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé . .	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MON FRÈRE

Brillant Interne en Pharmacie.

A MON COUSIN LE DOCTEUR CHAUBIN

Meis et Amicis.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

Professeur de Clinique chirurgicale, à la Faculté de médecine de Paris.

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse.*

*Hommages respectueux de reconnais-
sance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique,
à la Faculté de médecine de Paris,
Officier de la Légion d'honneur.

*En témoignage de reconnaissance pour
le brillant enseignement qu'il nous a
donné durant notre dernière année d'ex-
ternat.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. RUPPE

Ancien Interne.
Stomatologiste des Hôpitaux.

Qui nous a inspiré ce travail et a bien voulu nous faire profiter de son remarquable enseignement au cours de notre formation stomatologique.

En témoignage de notre respectueuse et vive gratitude.

A MONSIEUR LE MÉDECIN LIEUTENANT-COLONEL BERCHER

Chirurgien des Hôpitaux militaires,
Stomatologiste de l'Hôpital du Val-de-Grâce,
Officier de la Légion d'honneur.

Qui nous a accueilli très aimablement dans son service et a mis à notre disposition sa riche documentation.

Notre hommage de profonde gratitude

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS (*in memoriam*).

MONSIEUR LE DOCTEUR HALBRON.

Externat.

MONSIEUR LE DOCTEUR HAUTANT.

MONSIEUR LE DOCTEUR BÉLIARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR SAINTON.

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUSTE. (*in memoriam*).

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE.

Qui nous ont accueilli avec la plus grande bienveillance dans leurs services.

En souvenir des années que nous avons passées auprès d'eux, notre hommage de respectueuse et profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PONROY

Stomatologiste des Hôpitaux.

*Après de qui nous avons trouvé
l'accueil le plus aimable dans son service
hospitalier.*

AUX DOCTEURS

P. BOURGEOIS, Médecin des Hôpitaux.

AUBIN, AUBRY, OMBRÉDANNE, Laryngologistes des Hôpitaux.

VILENSKI, DECHAUME, LEBOURG, Stomatologistes des Hôpitaux.

BOUTTIER, Ancien chef de Clinique.

LÉVY-FRANCKEL, THIBAUT, JÜSTER, Assistants à l'Hôpital St-Louis.

DREYFUS et UHRY, Anciens internes des Hôpitaux.

Hommage de notre reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
OSTÉOMES DU PLANCHER BUCCAL
ET DES MUSCLES MASTICATEURS

INTRODUCTION

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer un cas d'ostéome du temporal, dans le service du professeur Lemaître, un cas d'ossification du plancher de la bouche chez un malade du docteur Ponroy, enfin un cas d'ostéome du masséter chez un jeune soldat en traitement dans le service du docteur Bercher.

Ces faits nous ont incité à grouper quelques observations récentes de ces néoformations osseuses, étant donné leur rareté au niveau du plancher de la bouche et des muscles masticateurs.

Car leur localisation la plus fréquemment observée en clinique, siège, soit au niveau du muscle brachial antérieur (à la suite d'une luxation du coude en arrière), soit au niveau des muscles adducteurs de la cuisse (ostéome des cavaliers).

Ces cas d'ossification localisée n'ont aucune corrélation avec la myosite ossifiante généralisée, ou maladie de Munchmeyer dont l'étiologie est complètement inconnue et la thérapeutique décevante. Nous l'éliminerons par conséquent, d'emblée, de notre étude.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au niveau des muscles qui nous intéressent, nous distinguerons :

Des *ostéomes juxta-osseux*, le plus souvent pédiculés, qui font corps avec le squelette sous-jacent.

L'ostéome du plancher buccal, par exemple, se présente, d'ordinaire, sous forme d'aiguilles allongées, se dirigeant en arrière vers la base de la langue et s'insérant au niveau des apophyses géni, près de la symphyse mandibulaire.

Des *ostéomes développés en plein corps musculaire*, sans aucune connexion avec le squelette avoisinant.

L'ostéome du masséter, que nous avons eu l'occasion d'examiner, rentrait dans cette catégorie.

Ces néoformations sont de forme variable, plus ou moins régulière, soit lisse et ovoïde, soit à surface hérissée de pointes et de saillies ; elles sont parfois entourées d'une coque conjonctive ou de formations lipomateuses (Lehmann).

A l'examen histologique, les préparations montrent du tissu osseux véritable (avec canaux de Havers et osséine) entouré d'ilots de sclérose musculaire et de plages cartilagineuses.

ÉTIOLOGIE

On relève presque toujours un *traumatisme* dans la genèse de l'ostéome, qui est surtout l'apanage des sujets jeunes, en période d'activité ostéogénique.

Certains ostéomes semblent apparemment spontanés, ils seraient alors consécutifs à un violent effort musculaire suivi d'arrachement périostique, avec formation d'un hématome, qui est un milieu essentiellement ossifiable.

Le traumatisme peut être *unique et violent*, ou *minime et répété*.

L'ostéome musculaire est la complication de certaines luxations articulaires, il est également la séquelle rare et tardive, de certaines fractures de la branche horizontale de la mandibule, en particulier, comme l'a bien signalé M. Bercher, des fractures symphysaires médianes ou paramédianes, présentant, soit un trait vertical, soit un trait en Y renversé rejoignant le rebord basilaire et limitant un éclat triangulaire avec arrachement des apophyses géni et dilacération périostée.

Nous ne saurions passer sous silence, le rôle important joué par le métabolisme de la calcification, dans l'étiologie des ostéomes.

PATHOGÉNIE

La question de l'ostéogénèse normale est, à l'heure actuelle, fortement controversée.

Il en résulte que la pathogénie des ossifications hétérotopiques, celle des ostéomes musculaires, par exemple, est encore loin d'être définitivement éclaircie.

Nous nous bornerons donc à exposer les différentes théories, et à faire le point, à la lumière des dernières publications parues à ce sujet.

I. — Théorie classique de la formation de la substance osseuse.

Elle a été reprise récemment par Dubreuil et ses élèves qui ont constaté qu'en matière de production osseuse, les phénomènes se passent toujours en milieu conjonctif et vasculaire.

Les bases essentielles de l'ostéogénèse se ramènent à un processus édificateur qui se déroule dans l'ordre suivant.

Des cellules spéciales apparaissent d'abord dans le tissu conjonctif, elles sont dénommées ostéoblastes (Gegenbaur).

À leur contact se constitue une matière organique particulière, l'osséine, qui fixera secondairement des sels de chaux pour acquérir une certaine dureté.

L'ostéoblaste reste la cellule sécrétante de l'osséine, véritable matrice de l'os.

Dubreuil et ses élèves montrent ce rôle en s'appuyant sur les idées suivantes :

Preuves embryologiques.

Dans le milieu conjonctif en voie d'ossification, apparaît d'abord un nid d'ostéoblastes, dont les éléments s'écartent légèrement les uns des autres, laissant des intervalles où se dépose une substance préosseuse.

Preuves histologiques et cytologiques.

Dans les tissus où il ne se forme plus d'os, les ostéoblastes disparaissent.

Par contre, au niveau du protoplasma d'ostéoblastes en activité, on constate la présence de formations mitochondriales, ce qui serait un indice de cellules glandulaires très actives.

Les auteurs terminent en abordant le rôle du périoste, et prétendent que la couche ostéogène d'Ollier existe, mais qu'elle disparaît au moment où la fonction ostéogénique cesse.

II. — Théories nouvelles sur la production de la substance osseuse.

A. LES PHÉNOMÈNES DE PRODUCTION OSSEUSE

D'APRÈS HEITZ-BOYER

Pour cet auteur, c'est avant tout à *l'os lui-même* qu'est dévolu le rôle principal et primordial dans l'ostéogénèse.

« C'est dans l'os irrité, atteint d'ostéite, que prend naissance le processus d'ossification, qui envahira secondairement les tissus péri-osseux et le périoste.

« Ce processus exige, pour se produire, la présence d'os enflammé. »

Heitz-Boyer tend ensuite à diminuer le rôle joué par le périoste dans l'ossification, qu'il considère comme un phénomène inflammatoire, dont le *primum movens* est l'os atteint d'ostéite.

En ce qui concerne l'ostéite traumatique infectée, le fait est maintenant démontré, qu'une infection (à condition qu'elle soit atténuée) non seulement permet la formation d'os nouveau, mais peut même la favoriser dans certains cas.

L'ostéite infectieuse pouvant être incitatrice d'une ostéogénèse particulièrement active, il en découlera la notion de provoquer dans certains cas, « de propos délibéré », une infection atténuée (procédé qui n'est pas exempt de danger) au niveau d'un foyer de pseudarthrose rebelle.

Ces faits, d'ailleurs, étaient connus d'Ollier, le grand maître de la pathologie osseuse; quand il voyait qu'un cal tardait à se constituer, il prenait un poinçon dans sa poche et lardait d'une série de coups de pointe le foyer de fracture, il produisait ainsi à ce niveau une inoculation septique.

Si Ollier avait recours à de telles pratiques, c'est qu'il avait constaté leur efficacité pour réveiller une activité ostéogénique déficiente.

De même l'ostéite ostéogénique d'origine inflammatoire peut jouer un rôle important dans la pathogénie de certaines ossifications pathologiques, par exemple, les ostéomes du plancher buccal consécutifs à des fractures de guerre mandibulaires, fractures ouvertes donc infectées.

B. LA THÉORIE DE LERICHE ET POLICARD

Ces deux auteurs adoptent les idées de Heitz-Boyer,

tout en faisant jouer un rôle moindre à l'inflammation. Ils considèrent que l'ostéogénèse est conditionnée par « des phénomènes physico-chimiques et des mutations calciques locales » déclanchés par des phénomènes circulatoires vaso-moteurs.

Enfin ils modifient profondément les conceptions anciennes sur le rôle dévolu aux éléments cellulaires et particulièrement aux ostéoblastes.

Ces idées, développées dans leur ouvrage les *Problèmes de la Physiologie normale et pathologique de l'os* et dans certains articles parus récemment, ont été accueillies avec faveur dans les milieux chirurgicaux.

Selon ces auteurs, dans un territoire conjonctif qui va s'ossifier, se déroulent les modifications suivantes qu'ils intitulent :

*Les Phénomènes vasculaires et conjonctifs préparatoires
à l'ossification*

Ils sont constitués d'abord par une infiltration œdémateuse, suivie de multiplication des fibrilles conjonctives avec dépôt d'une substance préosseuse qui n'est ni dure, ni calcifiée et serait voisine du collagène.

L'os voisin subit la résorption, et les matériaux calcaires, qu'il livre ainsi aux humeurs locales, iront imprégner la substance préosseuse. Il y a donc *mutation calcique locale*.

Rôle du périoste.

Leriche et Policard ne considèrent le périoste que comme une membrane fibreuse fonctionnellement banale.

Mais irrité, le *périoste* devient un *milieu ossifiable*, sous forme de tissu conjonctif jeune, peu différencié, apte, de ce

fait, à l'ossification. Ces phénomènes se passent au voisinage même du tissu osseux.

En raison de la solidarité circulaire entre le périoste et les couches superficielles de l'os, toute irritation de l'un retentit sur l'autre, il en résulte une hyperémie avec résorption osseuse et libération de matériaux phosphocalcaires qui sont apportés au niveau du *périoste* qui devient un *territoire de facile ossification* mais *non* un *organe spécifique de l'ostéogénèse*.

L'expérimentation a montré que le périoste, seul, sans grains osseux à sa face interne, ne s'ossifie pas, mais que détaché au ras de l'os, avec un semis osseux à sa face profonde, il s'ossifie.

Si le périoste possédait vraiment la fonction ostéogénique, un fragment de périoste complètement détaché et transplanté en un point quelconque de l'économie, devrait être capable de former de l'os, ce qui n'a jamais pu être réalisé.

Il semble que le rôle du périoste résiderait dans la limitation de la croissance osseuse, il serait ostéoconductif (Murphy).

La question des ostéoblastes.

Leriche et Policard s'élèvent ensuite contre la théorie classique, d'après laquelle les ostéoblastes seraient des cellules spécifiques, seules originellement capables de fabriquer de l'os.

Ils citent certains cas d'ossification, dans des poumons tuberculeux, des cicatrices de laparotomie, en plein corps musculaire après traumatisme, au niveau de certains épithéliomas cutanés, où l'on n'a pas pu mettre en évidence la présence d'ostéoblastes.

Après avoir étudié l'ostéogénèse normale, les auteurs abordent :

La pathogénie des ostéomes musculaires.

« On a généralement invoqué, disent-ils, un arrachement périostique pour expliquer la formation des ostéomes musculaires.

« Certains faits, de prime abord, semblent donner raison à cette hypothèse qui est surtout valable pour les ostéomes directement implantés sur l'os.

« Par contre, un grand nombre d'ostéomes n'ont aucune connexion osseuse et sont développés en plein muscle, à distance d'un périoste intact.

« Dans ce cas, la genèse est le plus souvent un hématome qui s'ossifie secondairement par suite d'une libération, de matériaux calcaires, mise en jeu par la résorption de l'os voisin. »

Il est d'ailleurs fréquent de voir, sur un cliché radiographique d'ostéome, une raréfaction osseuse du squelette avoisinant. Les tractions et les tiraillements jouent un rôle considérable dans le développement des ostéomes et orientent leur architecture dans le sens des fibres musculaires.

La présence d'une masse osseuse entretient dans le muscle et l'os voisin un état continuuel d'hypérémie.

L'ostéome gêne les fibres musculaires voisines, les arrache, crée de nouveaux foyers hémorragiques, qui iront ensemençer le muscle sain.

Ces faits expliquent le rôle nocif des essais intempestifs de mobilisation et de massage.

Trois grandes théories peuvent expliquer la formation des ostéomes musculaires.

La théorie osseuse.

« C'est l'os qui crée l'os néoformé. »

Nous l'avons étudiée plus haut, où nous avons résumé les idées de Heitz-Boyer et de Leriche et Policard sur cette question.

La théorie périostique.

Au cours du traumatisme, il y aurait arrachement et dilacération du périoste.

Cette théorie explique la genèse de l'*ostéome musculaire juxta-osseux*.

Dans le cas des fractures symphysaires médianes ou paramédianes de la mandibule, le trait de fracture, le plus souvent vertical, se divise parfois en deux traits qui rejoignent le rebord basilaire en limitant un éclat triangulaire.

Ces traumatismes s'accompagnent parfois d'arrachement des apophyses géni et d'une dilacération des fibres périostées.

Les ostéomes du plancher buccal, se présentant sous la forme d'aiguilles osseuses implantées près de la symphyse et se dirigeant vers la base de la langue, relèvent de cette pathogénie.

Mais pourquoi les ostéomes sont-ils relativement fréquents au niveau du plancher, et très rares au niveau de la table externe de la mandibule ? Cela est dû au fait que, dans les fractures de guerre consécutives à une plaie par balle ou éclat d'obus, les orifices d'entrée et de sortie causés par l'agent vulnérant sont très différents. Alors que l'orifice d'entrée est le plus souvent punctiforme, au niveau de l'orifice de sortie, les lésions sont beaucoup plus considérables et étendues.

C'est pourquoi la table interne subit un véritable éclatement avec essaimage d'esquilles plus ou moins périostées au niveau du plancher, tandis que la table externe présente des dégâts osseux beaucoup moindres.

La théorie de l'ossification de l'hématome.

Mais la théorie précédente ne saurait expliquer la formation des ostéomes développés en plein muscle, et à distance de toute pièce ostéopériostique.

Au cours de traumatismes ils se produit fréquemment une rupture vasculaire, aboutissant à la formation d'un hématome ; à ce niveau le tissu conjonctif retourne à l'état embryonnaire et devient un milieu ossifiable par apport calcaire.

Seeliger a étudié, soit consécutif à un traumatisme, soit artificiellement provoqué, l'hématome et ses réactions avec les tissus environnants.

Il a cherché quelles étaient les conditions qui provoquent la calcification et l'ossification de l'épanchement sanguin et l'évolution des éléments ostéogéniques.

Seeliger a réalisé expérimentalement la formation de masses osseuses dans les muscles en faisant varier artificiellement la concentration en ions H dans le sang et dans la lymphe.

Quelques physiologistes ont poursuivi le même but.

Pochhammer essaya d'obtenir le même résultat en injectant dans les muscles des substances irritantes (gélatine), tentatives suivies d'insuccès jusqu'au jour où il injecta du sang.

Fischer fit croître du cartilage *in vitro* en utilisant du sang de poulet.

Buerger et Oppenheimer décrivirent la formation de tissu osseux au niveau d'artères thrombosées.

Lehmann démontra la formation d'os dans les hémorragies intra-articulaires.

On voit que l'expérimentation confirme amplement cette théorie de l'hématome ossifiant.

SYMPTOMATOLOGIE

Suivant le siège, nous nous intéresserons successivement aux ostéomes du plancher buccal et à ceux des muscles masticateurs.

Les ostéomes du plancher de la bouche sont assez rares et succèdent le plus souvent à une fracture mandibulaire.

Les deux observations que nous rapportons plus loin ont trait à deux blessés de guerre.

Leur symptomatologie fonctionnelle est assez fruste ; nulle dans certains cas, les malades se plaignent dans d'autres cas, de diminution de la mobilité linguale avec sensation de corps étranger, parfois même de troubles de la phonation et de la déglutition.

L'examen du plancher de la bouche montre une surélévation de sa partie antérieure. On constate en palpant que le plancher a perdu sa souplesse normale et l'on sent des arêtes indurées s'insérant au niveau de la face postérieure de la région symphysaire de la mandibule, au voisinage des apophyses géni.

Les ostéomes des muscles masticateurs. — Sont plus fréquents que les ossifications du plancher buccal.

Nous avons pu grouper :

Un cas d'ostéome du Temporal.

Deux cas d'ostéome du Masséter.

Et un cas d'ossification, au voisinage du ptérygoïdien

externe, entre la tubérosité du maxillaire supérieur et la face interne de la branche montante et du coroné correspondants, chez un blessé de guerre.

Les symptômes apparaissent quelques mois après un traumatisme au niveau de la face et se traduisent par :

Une constriction des mâchoires,

Une tuméfaction indurée au niveau du muscle lésé.

La *constriction*, d'origine musculaire, s'installe *lentement* et de façon *indolore*.

Elle est d'intensité variable suivant les malades, certains ne peuvent desserrer les dents, d'autres écartent leurs incisives de 1 à 2 centimètres au lieu de 3,5 centimètres normalement.

Elle varie suivant les phases de l'affection, étant souvent moins marquée, au cours de l'évolution, qu'au début même.

Enfin elle ne cède que très peu et difficilement aux seules tentatives de dilatation par mécanothérapie.

La *tuméfaction musculaire*. — Subit un accroissement lent et continu et finit par atteindre un volume variable (de celui d'une noisette à celui d'un œuf) et une forme ovoïde, le plus souvent.

Au palper, cette tuméfaction lisse, très indurée, fait masse avec le corps musculaire et, symptôme très important, *perd toute mobilité* (si elle en avait une auparavant) *au cours de la contraction musculaire*.

PRONOSTIC

Contrairement à celui de la maladie de Munchmeyer, il est toujours favorable.

Quelle que soit la thérapeutique utilisée, exérèse chirurgicale ou radiothérapie, on arrive toujours à faire disparaître les symptômes fonctionnels ; mais la chirurgie seule, procure la guérison définitive, la radiothérapie n'arrivant jamais à faire disparaître complètement la néoformation osseuse.

D'ailleurs, comme l'a bien signalé Leriche, *certaines ostéomes, non irrités et mis au repos, tendent à régresser spontanément.*

A signaler parfois la possibilité de névralgies persistantes même après traitement chirurgical ou radiothérapique.

DIAGNOSTIC

L'erreur habituelle est de les méconnaître.

Le *diagnostic positif* se basera cliniquement :

Pour les *ostéomes du plancher* sur l'existence, à ce niveau, d'aiguilles indurées s'insérant sur la région symphysaire de la mandibule. Les symptômes fonctionnels manquent le plus souvent.

Pour les *ostéomes des muscles masticateurs*.

Il y aura d'une part :

Constriction des mâchoires variable, mais le plus souvent progressive et évoluant de façon silencieuse.

D'autre part :

Tuméfaction indurée faisant corps avec le muscle lésé et *s'immobilisant au cours de la contraction musculaire*.

On complétera :

Par un *examen radiographique* qui montrera les *ostéomes du plancher* sous forme d'aiguilles pédiculées.

Les *ostéomes des muscles masticateurs* sous forme de taches claires, arrondies, siégeant en pleine masse musculaire et sans aucune connexion avec le squelette, le plus souvent.

Enfin on verra presque toujours, comme l'a signalé Leriche, une plage de décalcification du squelette au voisinage de l'ostéome.

Par un examen du métabolisme de la calcification.

Diagnostic différentiel.

Nous n'avons qu'une tuméfaction sans autres signes.
La tuméfaction est intra-musculaire.

On éliminera :

Le sarcome musculaire ;

La gomme syphilitique qui fait rapidement place à une ulcération bien caractéristique ;

La hernie musculaire qui n'apparaît que durant la contraction ;

La tuméfaction est plaquée contre l'os.

On éliminera surtout :

l'Ostéosarcome qui s'en distingue par des douleurs intenses, l'augmentation de la température locale, la circulation collatérale et son évolution rapide.

Le kyste paradentaire qui s'en différencie par sa crépitation parcheminée et par le résultat d'une ponction (pratiquée à son niveau) qui ramène du pus ou un liquide citrin selon que le kyste est suppuré ou non.

La tuméfaction s'accompagne d'une constriction des mâchoires.

On éliminera :

La syphilis des muscles masticateurs.

A laquelle on pensera en présence d'un trismus prolongé évoluant sans signe objectif, avec lésions chroniques des muscles masticateurs (nodule ou masse ligneuse diffuse).

On se basera sur les antécédents, la recherche des autres symptômes spécifiques et les réactions sérologiques.

Il ne s'agit pas d'un trismus sans signes locaux comme dans le tétanos.

Il ne s'agit pas d'un trismus en relation avec des infec-

tions locales aiguës, ce qui nous permet d'éliminer toutes les complications périodentaires.

Certaines *arthrites temporo-marillaires* pourront être d'un diagnostic plus délicat.

TRAITEMENT

Traitement préventif.

En cas de contusion musculaire.

Eviter le massage de la région traumatisée.

S'il y a un *hématome*, milieu ossifiable par excellence, donner issue au sang et aux caillots qui le constituent par ponction ou par incision (Cagliari).

Faire de l'*immobilisation*, qui mettra les muscles lésés au repos, alors que le mouvement, les tractions, les tiraillements entretiennent le muscle et l'os voisin dans un état d'hypérémie et tendent à créer de nouveaux foyers hémorragiques qui pourront se calcifier secondairement.

Done en cas de traumatisme musculaire, temporal ou massétéрин, on peut prescrire une alimentation liquide et le port d'une fronde pour éviter toute fatigue musculaire.

On pourra faire localement :

Des *applications d'air chaud*.

De la *radiothérapie préventive* (d'après Bergonié les rayons X agissant d'autant mieux que les tissus sont plus jeunes et en pleine évolution).

Traitement curatif.

La Radiothérapie.

Elle a donné de bons résultats à d'Allaines, Mondor, Mucklow, Heidrich, Néri.

On peut l'utiliser :

Soit pour préparer la voie à la chirurgie en provoquant la maturité plus rapide de l'ostéome.

Soit comme unique traitement, mais si l'on obtient la sédation de tous les symptômes fonctionnels, on n'assiste jamais à la disparition complète de l'ostéome, tout au plus à une diminution de volume appréciable.

On utilise généralement une dose de 5 H par champ et l'on pratique des séances d'irradiation durant cinq à six mois, à raison d'une séance par quinzaine durant les deux premiers mois, puis d'une séance par mois, les mois suivants.

La Chirurgie.

C'est la méthode de choix.

On pratiquera l'exérèse complète et pour éviter toute récurrence :

On aura bien soin de laisser le champ opératoire entièrement exsangue à l'aide d'une hémostase soignée.

On n'interviendra que lorsque l'ostéome sera parvenu à maturité complète.

L'ostéome est dit jeune, pendant toute la période où son ombre radiographique est inférieure à son volume clinique.

Il est à maturité, lorsque les signes physiques et radiologiques montrent une tumeur d'égal volume et à contours nets.

Autant que possible, on interviendra par les voies naturelles, comme l'ont bien montré MM. Lemaître et Apard.

Cette voie ne laissant pas de cicatrice cutanée visible et rendant l'atteinte du nerf facial presque impossible.

Traitement de la constriction des mâchoires.

S'il y a lieu, au cours de l'intervention chirurgicale, on pourra pratiquer la résection de la branche montante, ou la résection condylienne, cette dernière sera extra-périostée et large pour éviter la récurrence (Ollier) et suivie ou non d'interposition musculaire.

On complétera par une mobilisation post-opératoire progressive et surveillée, réalisée par le port (durant deux ou trois mois) d'un appareil de Darcissac, dont le principe est basé sur une traction élastique convenablement dosée sur la mandibule.

En cas d'ostéome volumineux, on peut être amené à faire la résection du coroné. S'il y a concomitance d'une myosite rétractile, on pourra pratiquer la désinsertion des muscles sclérosés (surtout masséter et temporal), suivant le mode opératoire décrit par Le Dentu.

OBSERVATIONS

OBSERVATION n° 1. — *Ostéome du Plancher buccal. Observation personnelle recueillie dans le service du docteur Ponroy.*

Nous avons eu l'occasion d'examiner dans le service du docteur Ponroy, M. H..., qui était en traitement pour confection d'une prothèse dentaire.

Il fut atteint en mars 1915 d'une blessure mentonnière par éclat d'obus ayant déterminé une fracture médiane de la branche horizontale mandibulaire avec expulsion des deux incisives centrales inférieures.

Aux dires du malade, les deux fragments chevauchaient. La plaie cutanée demeurée ouverte neuf mois fut curettée jusqu'à l'os puis suturée.

Par contre, au bout de trois mois, la cicatrisation endobuccale fut complète.

Quatre ans et demi après la blessure une fistulette cutanée apparut au niveau de la région sous-mentale, elle suppura quelques jours, et à la suite de l'élimination spontanée et sans douleurs d'un petit séquestre, tout rentra dans l'ordre.

En novembre dernier, le malade fut hospitalisé en chirurgie pour une tuméfaction jugale gauche, apparue sans trismus, après incision vestibulaire, il y eut une période d'accalmie de quinze jours et la tuméfaction se reforma puis disparut spontanément.

Des radios faites à cette époque ne montrèrent aucune lésion d'ostéite.

Cette tuméfaction était une cellulite en rapport avec des molaires inférieures présentant des culs-de-sac pyorrhéiques.

EXAMEN EXTRABUCCAL

On note une cicatrice en forme d'Y chevauchant sur les régions sous-mentale et sous-maxillaire gauche, et une petite

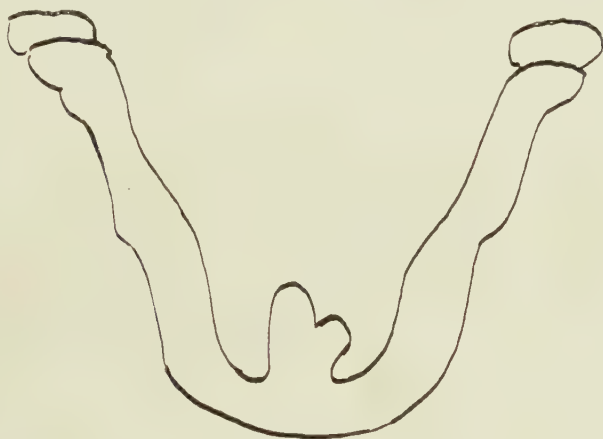
cicatrice punctiforme et déprimée, reliquat de la fistule sous-mentale.

En palpant au niveau de la cicatrice, on constate que le rebord basilaire est dentelé et que la région sous-mentale a perdu sa souplesse.

EXAMEN INTRABUCCAL

Au niveau de la *région incisive* la table externe est très épaissie comblant partiellement le vestibule.

En palpant cette tuméfaction allongée, on constate qu'elle



est dure et qu'elle siège au-dessous de l'insertion du frein de la lèvre.

Le *Plancher* est très surélevé dans sa partie antérieure, qui arrive presque au niveau des crêtes alvéolaires. Le palper révèle la présence de deux masses allongées, indurées, l'une droite plus volumineuse siégeant entre le frein lingual et la crête sublinguale, l'autre gauche plus courte et siégeant un peu en dedans de la crête sublinguale correspondante.

Ces deux aiguilles convergent et s'insèrent au niveau des apophyses géni.

La palpation combinée par voie cutanée et sublinguale ne révèle aucun symptôme nouveau.

La langue est légèrement surélevée.

EXAMEN DE LA MOTILITÉ LINGUALE

Elle est entièrement conservée et le mouvement de protrusion s'effectue normalement.

Il y a absence complète de signes fonctionnels.

Aussi en présence d'un ostéome aussi bien toléré nous n'avons pas proposé de traitement chirurgical.

Nous avons complété notre examen clinique par :

Un examen radiographique en position (de Hirtz.
/ menton plaque vertex.

Nous n'avons pu obtenir de bons clichés, ayant affaire à un malade obèse chez qui l'hyperextension de la tête était rendue difficile par la brièveté du cou et la formation d'un bourrelet adipeux au niveau de la nuque.

Nous avons tiré de nos clichés un calque montrant l'image ci-dessus qui est celle d'un ostéome pédiculé bilobé, s'insérant au voisinage de la région symphysaire.

Une calcémie, qui nous a donné le chiffre de 116 milligrammes de calcium par litre de sérum (au lieu de 100 normalement), ne permettant pas de conclure nettement à une hypercalcémie.

OBS. n° 2. — *Ostéome du Plancher de la bouche.*

Observation résumée due à l'obligeance du docteur Bercher.

Le Lieutenant P..., ayant présenté une fracture de guerre siégeant au niveau de la mandibule (région symphysaire), consolidé depuis quatre ans, vient consulter au service de Stomatologie du Val-de-Grâce pour des troubles de la phonation et de la déglutition.

EXAMEN DU PLANCHER BUCCAL

On note : une légère surélévation de la partie antérieure du plancher.

On constate en palpant que le plancher a perdu sa souplesse habituelle et l'on sent une épine dure, de 3 centimètres de longueur environ, s'insérant au niveau de la région des apophyses génii et se dirigeant vers la base de la langue.

EXAMEN DE LA MOTILITÉ LINGUALE

Le patient qui se plaint de sensation de corps étranger sous la langue, présente une diminution de la mobilité de la langue, en particulier la perte du mouvement de protrusion.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE

Le cliché montre une épine osseuse effilée, s'insérant au niveau de la face postérieure de la région symphysaire, près du rebord

basilaire : Épine dont l'opacité est presque semblable à celle de l'os voisin.

Intervention (par voie endobuccale). *MM. Worms et Bercher.* Après incision de la muqueuse du plancher, on tombe sur l'épine osseuse qui est extirpée en totalité après section au niveau de la région symphysaire et régularisation du pédicule d'implantation. Les suites furent normales.



Le malade, après disparition des signes fonctionnels qu'il présentait, a guéri sans récidive.

OBS. n° 3. — Un cas d'ostéome unissant la tubérosité du maxillaire supérieur à la face interne de la branche montante et de l'apophyse coronoïde correspondantes, chez un blessé de guerre. (Observation résumée due à l'obligeance du docteur Bercher.)

Le Lieutenant A..., vient consulter en novembre 1922 dans le service de Stomatologie du Val-de-Grâce pour une constriction permanente des mâchoires, progressive et insidieuse, datant de plusieurs mois.

Nous apprenons qu'il a reçu une blessure de guerre en 1917 au niveau de la région pré-tragienne gauche. Des radios pra-

tiquées à cette époque montrèrent des éclats multiples et un arrachement de l'apophyse coronoïde. Actuellement on note la présence d'une chéloïde étoilée au niveau de la région tran-



matisée, et une constriction permanente très serrée (notre patient ne peut écarter ses crêtes alvéolaires presque complètement édentées).

Un *cliché radiographique* du squelette facial montre la présence d'un cal osseux unissant la tubérosité du maxillaire supé-

rieur gauche à la face interne de la branche montante et de l'apophyse coronéide correspondantes.

Cette synostose est formée d'os condensé.

On remarque au niveau de la branche montante gauche une plage étendue de raréfaction osseuse, décalcification bien mise en évidence par Leriche et expliquant la mutation calcique locale, qui joue un rôle dans la genèse de l'ostéome voisin.

Intervention. — MM. Worms et Bercher pratiquent une ostéotomie par voie endobuccale et obtiennent la dilatation et l'écartement des arcades dentaires à l'aide d'un appareil de Darcissac.

On note en outre que l'atrophie du maxillaire supérieur, par défaut d'usage, s'améliora rapidement grâce à l'appareillage, le maxillaire supérieur reprenant ses dimensions normales.

OBS. n° 4. — *Ostéome du temporal.* (Observation recueillie dans le service du professeur Lemaître.)

M^{me} V..., adressée par le docteur Béal du service de stomatologie, où elle était en traitement pour un ostéophlegmon mandibulaire lié à des accidents d'évolution d'une dent de sagesse inférieure, entre en novembre 1932 au Pavillon Isambert.

Nous apprenons qu'elle a reçu il y a quatre ans un corps dur, bouteille, au niveau de la région temporale droite.

Depuis elle assiste à l'évolution :

D'une tuméfaction ;

D'une constriction des mâchoires.

L'examen. révèle une légère asymétrie faciale.

La palpation permet de constater au niveau de la région sus-zygomatique droite (fosse temporale) la présence d'une tuméfaction très dure, adhérente au plan profond, absolument indolore.

Allongée obliquement de bas en haut; elle semble se perdre en bas avec le malaire, elle est bien limitée en arrière par une arête tranchante.

Les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire droite sont très limités, alors que ceux de l'articulation opposée paraissent normaux.

On note une latéro-déviation à droite dans le mouvement d'abaissement de la mandibule.

L'ouverture de la bouche est très limitée et si un espace

semble exister sur la ligne médiane, il est dû au fait que la crête neisive inférieure est complètement édentée.

On ne relève aucune maladie dans les antécédents. A noter qu'une réaction de Wassermann faite récemment dans un ser-



vice hospitalier a été franchement positive, mais notre malade n'a suivi aucun traitement régulier.

Un cliché radiographique montre une image sombre, triangulaire, partant du coroné, se dirigeant en haut et en arrière, dépassant l'arcade zygomatique pour s'épanouir dans la fosse temporale où elle se limite en haut par une ligne courbe à concavité postéro-supérieure.

En présence de ces symptômes, on décide d'intervenir.

Protocole opératoire.

Opérateur M. le professeur Lemaître.

Aide M. Y. Lemaître.

Anesthésie générale.

L'intervention est très difficile.

Il ne s'agit pas d'une myosite ossifiante, mais bien d'une production osseuse importante.

Il existe étendu de la fosse temporale au col du condyle et au coroné, un bloc osseux que l'on est obligé de sculpter en ses différents points au milieu d'un champ opératoire très vasculaire.

L'articulation temporo-maxillaire est ouverte, à ce moment les efforts d'ouverture des mâchoires qui étaient transmis à la région temporale sont plus efficaces et l'on arrive à une ouverture de 2 centimètres environ.

Néanmoins on se décide à réséquer le condyle, et comme cela paraît insuffisant, le coroné.

A ce moment l'ouverture se fait beaucoup plus facilement. La cavité qui en résulte est comblée par deux mèches.

Les suites opératoires furent normales, quinze jours après l'intervention, la malade quittait l'hôpital avec restitution complète de ses mouvements mandibulaires.

OBS. n° 5. — *Un cas de myosite ossifiante du masséter.*

Le docteur Zierz de Waldenburg (Silésie) rapporte un cas de myosite ossifiante massétéline datant déjà de quelques années.

En 1924, vient à sa consultation, une jeune fille âgée de 25 ans chez laquelle on était frappé par une asymétrie de la face.

Au niveau de l'angle droit de la mandibule on remarquait un léger épaissement.

La bouche s'ouvrait de travers, le côté droit du maxillaire supérieur s'écartant de quelques millimètres seulement de l'arcade dentaire supérieure alors qu'à gauche l'écartement était plus considérable.

On avait l'impression d'un trismus unilatéral.

A l'interrogatoire la malade avoua avoir reçu durant son enfance un coup sur la joue à la suite duquel elle ne put ouvrir la bouche durant plusieurs jours. Un médecin appelé aurait diagnostiqué une fracture de maxillaire consolidée secondairement de façon vicieuse. Ce qui était une erreur de diagnostic.

La palpation révéla une tuméfaction non mobile, de consis-

tance osseuse, au niveau de la face externe de la région angulo-mandibulaire droite.

Un cliché radiographique montra l'absence de fracture antérieure et la présence, au niveau de l'angle, d'une surface arrondie, claire, donnant l'impression d'une tumeur maxillaire avec ébauche de formations osseuses.

La malade fut adressée au professeur Partsch, qui sous anesthésie générale fit une incision le long du bord inférieur du maxillaire et libéra une tumeur osseuse située dans le masséter, masse apparemment unie à la corticale de la branche montante du maxillaire inférieur, mais se laissant soulever avec la rugine et énucléer du muscle.

Peu de temps après, la constriction avait complètement disparu et la malade ouvrait la bouche normalement, permettant des soins dentaires auparavant impossibles. Il persiste encore aujourd'hui une légère asymétrie faciale et aucune récidue ne s'est produite depuis l'intervention.

OBS. n° 6. — *Ostéome du masséter. (Observation personnelle recueillie dans le service du docteur Bercher.)*

Nous examinons, le 26 mars 1934, dans le service de Stomatologie du Val-de-Grâce, le jeune soldat B..., âgé de 22 ans.

Nous apprenons qu'au cours de la première semaine de janvier il a fait une glissade ayant déterminé sa chute sur le pied d'un lit en fer de la chambrée.

La région qui a subi ce choc est l'angle mandibulaire gauche.

Notre jeune soldat qui à l'époque n'a pas même consulté le médecin du régiment, ne semble pas avoir beaucoup souffert de ce traumatisme.

Il n'a pas présenté d'ecchymose, ni de fracture, comme les clichés radiographiques effectués depuis l'attestent.

Il a accusé tout au plus une douleur sourde durant deux ou trois jours au niveau de la région traumatisée.

Cinq ou six jours plus tard notre jeune patient contracte les oreillons.

Il est hospitalisé à Orléans et durant trois semaines n'absorbe qu'une alimentation liquide (bouillon et lait).

Un mois après l'accident, en reprenant une alimentation solide, il éprouve de la difficulté à ouvrir la bouche ; actuellement sa constriction serait moins serrée.

EXAMEN. — Absence totale de signes fonctionnels, sinon une gêne à la mastication.

L'examen extrabuccal montre une légère déformation de

l'ovale du visage par une tuméfaction de la région angulo-maxillaire gauche.

On note une légère déviation de la commissure labiale gauche qui est légèrement surélevée et attirée vers la gauche.

Le palper révèle au niveau du masséter et faisant corps avec lui une masse oblongue, très dure, dirigée obliquement en bas et en arrière, du volume d'un œuf de pigeon.

Cette masse qui n'adhère pas aux téguments, s'étend en bas jusqu'à un travers de doigt du rebord basilaire, en avant arrive presque jusqu'au bord antérieur du masséter et en haut se perd insensiblement en direction du zygoma.

Cette masse ne peut se mobiliser et est complètement indolore.

A l'examen intrabuccal, on note que dans le mouvement d'ouverture l'écartement des arcades dentaires atteint 1,5 centimètres dans la région incisive, en outre il se fait un mouvement très net de *latéro-déviation vers la gauche* de toute la mandibule comme si elle était attirée par une bride fibreuse.

A la palpation endobuccale des deux masséters à l'aide de l'index placé dans le vestibule et en faisant ouvrir et fermer la bouche à notre patient, on note que ces deux muscles se contractent également et que leur bord antérieur se présente comme normalement sous la forme d'un cordon induré.

En palpant un peu en dehors du bord antérieur du masséter gauche on sent une masse dure s'amincissant progressivement en avant.

En présence de ces symptômes, M. Bercher décide de temporiser, jusqu'à ce que l'ostéome arrive à maturité complète, et de l'opérer secondairement.

A deux semaines d'intervalle on note :

Que l'écartement des arcades dentaires a augmenté et atteint 2 centimètres.

Que la tumeur massétérine a diminué, son volume étant maintenant celui d'une amande.

Que les contours de cette masse sont plus nets et que tout en faisant corps avec le muscle, elle a acquis une certaine mobilité, mais qu'elle s'immobilise complètement au cours de la contraction musculaire, lors du mouvement d'ouverture de la bouche.

Enfin en mobilisant cette masse contre les plans profonds, on obtient de la crépitation.

Nous avons fait pratiquer une *calcémie* qui nous a donné le chiffre de 98,5 milligrammes légèrement au-dessous de la normale.

Le cliché radiographique ci-dessous, pris le 28 avril, montre dans les parties molles de la joue gauche, au niveau du masséter,

à hauteur du $\frac{1}{3}$ moyen de la branche montante, la présence d'un noyau calcifié de la grosseur d'une noisette environ, à contours nets, précis, à structure granitée et représentant un ostéome pas tout à fait mûr.

En face, le contour du maxillaire apparaît bordé par une bande à contours nets mais un peu rugueux, d'épaississement du périoste en voie d'ossification probable.



Un mois plus tard les symptômes cliniques sont inchangés, et des radiographies de contrôle montrent que l'ostéome est arrivé à maturité.

Le 30 mai 1934.

Opération sous anesthésie locale.

Opérateur : M. Bercher.

Aide : M. Peyrus.

On pratique une incision curviligne, suivant en arrière l'angle du maxillaire.

La faciale est juste à l'extrémité antérieure de l'incision, elle est sectionnée entre deux ligatures. Le lambeau antérieur est rabattu en haut et en avant, découvrant la face externe du masséter jusqu'à mi-hauteur environ.

Les fibres musculaires sont dissociées, avec une spatule mousse d'abord, puis écartées par deux écarteurs. L'ostéome est tout entier entre la face profonde du muscle et la branche montante.

Il n'a aucune adhérence osseuse et il est facile à détacher, à la rugine, des fibres du masséter. Suture du muscle et suture de la peau sans drainage.

L'ostéome a une forme ovoïde et mesure 10 millimètres sur 21 millimètres.

Les suites furent normales et on obtint la cicatrisation par première intention.

CONCLUSIONS

Nous insisterons sur :

L'extrême rareté de cette affection, surtout au niveau des localisations que nous avons étudiées.

Néanmoins nous avons pu en grouper six observations récentes, malgré le petit nombre de cas publiés dans la littérature médicale.

La difficulté du diagnostic, surtout pour les ostéomes des muscles masticateurs auxquels on pensera en présence d'une tumeur musculaire dure, évoluant silencieusement et s'accompagnant d'une constriction progressive des mâchoires.

Le pronostic, qui à l'encontre de celui de la myosite ossifiante généralisée, est très favorable grâce aux brillants résultats du traitement chirurgical.

L'Utilité de laisser l'ostéome arriver à maturité complète avant d'intervenir chirurgicalement afin d'éviter toute possibilité de récurrence ultérieure.

Vu :

Le Président de la Thèse,
LENORMANT.

Vu :

Le Doyen,
ROUSSY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- APERT et M^{lle} ABRICOSSOF. Myosite Ossif. (*Progr. Bull. de Péd.*, 1930.)
- APERT, DUHEM, et BIANCANI. Myosite Ossif. (*Soc. de Rad. Méd. de Fr.*, mars 1931.)
- VEAU et LAMY. Myotite Ossif. (*Bull. de Péd.*, 1925.)
- Pierre GARNIER, Myosite Ossif. (*Thèse de Paris*, 1932.)
- ROGER, WIDAL et TESSIER. *Nouveau Traité de Médecine*, Fasc. XXII, pp. 55 à 60.
- LECÈNE. *Précis de Pathologie chirurgicale*, t. I, pp. 449 et suivantes.
- LECÈNE. Les Ostéomes Musculaires. (*Monde Médical*, 15 juillet 1929.)
- GAUDART D'ALLAINES. Pathogénie et Traitement des Ostéomes musculaires. (*Prat. Méd. Franç.*, juillet 1926.)
- MASSABUAU. Les Ossifications post-traumatiques. (*Sc. Méd. Prat.* avril 1933.)
- DUBREUIL, CHARBONNEL et MASSÉ. *Annales d'Anatomie Pathologique*, mars et avril 1933.
- DUBREUIL, CHARBONNEL et MASSÉ. *Bordeaux Chirurgical*, juillet 1933.
- HEITZ-BOYER. Quelques précisions sur la chirurgie sous-périostée et le problème de l'ostéogénèse. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* juillet 1919.)
- LERICHE et POLICARD. Les Problèmes de la Physiologie normale et Pathologique de l'os.
- LERICHE et POLICARD. La compréhension en Pathologie osseuse. (*Presse Méd.*, octobre 1928.)
- LERICHE et POLICARD. Position actuelle du problème de l'ostéogénèse. (*Presse Méd.*, janvier 1934.)

- LEMAITRE. Un point concernant l'ostéogénèse. (*Journ. de Radiol. et Electr.*, nov. et déc. 1918.)
- NATHAN. Essai sur la Pathogénie de l'ostéome musculaire. (*Presse Méd.*, mai 1920.)
- OMBRÉDANNE. Art. « muscles » (*Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet.*)
- BERCHER. Propos sur les fractures du maxillaire inférieur.
- BERCHER. Blessures de la face et des maxillaires. (*Le Dentista militaire*, sept. 1933.)
- FERRAND. L'ossification du plancher buccal chez les fracturés de guerre. (*Odontologie*, 30 mars 1933.)
- DUFOURMENTEL et FRISON. Séquelles des blessures maxillo-faciales.
- SEELIGER. *Arch. fur Klein. Chir.*, oct. 1927.
- SIEBNER. *Deut. Zeit. fur. Chir.*, mars 1933.
- POCHHAMMER. *Deut. Milit. Zeit.*, avril 1906.
- BUERGER and OPPENHEIMER. *Journal Exp. Méd.*, X, 1908.
- FISCHER. *Journ. of Exp. Méd.*, XXXVI, 1922.
- LEHMANN. *Deut. Zeit. fur. Chir.*, 1913-1914.
- CONE. Ossifying Hematoma. (*Journ. of. Bone and Joint Surg.* 1928.)
- DUDLEY CARLETON. Ossifying Hematoma. (*Boston Méd. and Surg. Journ.*, mars 1923.)
- NOBLE. Myosite Ossif. Étude clinique et Radiologique. (*Surgery, Gyn. and Obst.*, déc. 1924.)
- Ch. RUPPE. Pathologie de la Bouche.
- ROUSSEAU, DECELLE et RAISON. Pathologie buccale.
- AUBRIOT et PIERSON. Ossification du ligament sphéno-maxillaire. (*Revue médicale de l'Est*, mai 1928.)
- PAITRE. Les bases du traitement des ostéomes musculaires traumatiques. (*Sc. Méd. Prat.*, juin 1932.)
- MONDOR. Ostéome traumatique du coude traité par radiothérapie (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, février 1921.)
- MUCKLOW. Deux cas de myosite ossifiante traités par les Rayons X. (*Brit. Journ. of Radiol.*, juin 1932.)
- NERI. *Gazetta degli Ospedali*, mars 1914.
- CAGLIARI. Ossification post-traumatique. (*Chir. Org. di Mor.*, 1922).

HERPIN et FERRAND. *Bull. de la Soc. d'Anthropologie*, n^{os} 3 et 4, 1916.

LEMAITRE. Les voies naturelles en chirurgie faciale. (Communication au *Congrès Dent. Interallié*, nov. 1917.)

LEMAITRE et PONROY. Constriction permanente des mâchoires. *Rev. de stomat.*, octobre 1928.)

NIOSI. Constriction permanente des mâchoires. (*Arch. di Ortop.*, anno XXVI.) Thèse de Paris, 1921.

HANS MORAL. Die Fort der Zahn. février 1933.

ZIERZ. Ein Fall von M. O. masséterica. (*Zahn Rdsch.*, 1931, p. 375.)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.	13
Anatomie pathologique	14
Étiologie	15
Pathogénie	16
Symptomatologie	25
Pronostic	27
Diagnostic.	28
Traitement	31
Observations	34
Conclusions	46
Bibliographie	47

